

## Escuela Superior Politécnica de Chimborazo

## Medicina

Nombre:

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD COTOPAXI			
	UNIDAD EJECUTORA _____ SERVICIO: _____	UNIDAD OPERATIVA _____ DÍA, MES, AÑO: _____	
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>		<b>RECTA N° 1</b>	
<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>		H. CLÍNICA	CIE 10
DOCUMENTO IDENTIDAD:		SEXO: M <input type="checkbox"/> F	
EDAD:	AÑOS: MESES:	NACIONALIDAD:	
<b>DATOS DEL MEDICAMENTO</b> AGUDO <input checked="" type="checkbox"/> CRÓNICO			
<b>DATOS DEL PRESCRIPTOR</b>		<b>PAUTA</b>	
espacio para el sello y firma del prescriptor (nombre apellido, especialidad, libro, folio y numero)		DOSIS:	
		FRECUENCIA:	
		DURACIÓN:	
<b>INDICACIONES</b>		<b>RECETA N°</b>	
<b>NOMBRES DEL PACIENTE</b>		DIA, MES, AÑO	
<b>PRESCRIPTOR</b>		<b>DISPENSADOR</b>	
DOSIS:		VIA DE ADMINISTRACIÓN:	
FRECUENCIA:		MAÑANA	HORA:
DURACION:		MEDIO DIA	HORA
FIRMA Y SELLO		TARDE	HORA:
		NOCHE	HORA: